

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES DE LA HERNIE CRURALE

Description d'une technique d'occlusion de l'anneau
par deux plans indépendants

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Juillet 1917.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marcel-Charles-Louis FOURTIER

Né à Honécourt (Vosges), le 31 Mars 1887.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. WEISS	professeur...	Président.
		ROHMER	professeur...	
		MICHEL	agrégé.....	Juges.
		FAIRISE	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1917

ÉTUDE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES
DE LA
HERNIE CRURALE

Description d'une technique d'occlusion de l'anneau
par deux plans indépendants

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Juillet 1917.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marcel-Charles-Louis FOURTIER

Né à Honécourt (Vosges), le 31 Mars 1887.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS
ROHMER
MICHEL
FAIRISE

professeur...
professeur ..
agrégé.....
agrégé.....

Président.

Juges.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER, *, I U.

Assesseur : M. WEISS, *, I U.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS *, I U., NICOLAS, I U., PRENANT, *, I U.
BERNHEIM, O *, I U., F. GROSS, O *, I U.

Professeurs.

Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène.....	M. MAGÉ, I U.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I U.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophthalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, *, I U.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.
Anatomie descriptive.....	M. ANGEL, I U.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHE, I U.
Clinique médicale.....	M. ÉTIENNE, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, I U.
Pathologie interne et Pathologie géné- rale.....	M. N....
Physique médicale.....	M. N....

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique de chirurgie infantile et d'or- thopédie.....	M. FROELICH, *, I U., agrégé libre.
Clinique des voies urinaires.....	M. ANDRÉ, *, I U., agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. JACQUES, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, I U., agrégé libre.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I U., agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1).. Clinique des maladies mentales.....	M. MICHEL, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies des vieillards.. Accouchements.....	M. PARIS, I U.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1) Clinique des Maladies tuberculeuses (4)	M. RICHON, I U., agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. FRUINSCHOLZ, I U., agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (4).....	M. PERRIN, A U., agrégé.
Pathologie externe.....	M. J. PARISOT, *, A U., agrégé.
Clinique d'électrothérapie.....	M. N....
	M. N....
	M. MICHEL, I U., agrégé libre.
	M. N....

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.	MM. SENGERT, *, I U.	MM. PERRIN, A U.
RICHON, I U.	ROBERT, I U.	THIRY, I U.
G. GROSS, *, I U.	BUSQUET, A U.	FAIRISE, A U.
FRUINSCHOLZ, I U.	LUCIEN, *, A U.	J. PARISOT, *, A U.
COLLIN, A U.	BINET, A U.	

Agrégés libres

MM. REMY, A U. FÉVRIER, O *, I U. FROELICH, *, I U.
JACQUES, I U., ANDRÉ, *, I U., MICHEL, I U., L. SPILLMANN, I U.

M. H. COIFFARD, I U., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

tombé au Champ d'honneur.

A MON PERE

En faible témoignage de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS.

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE WEISS,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

MÉDECIN PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE,

MÉDECIN CHEF D'UNE AMBULANCE CHIRURGICALE.

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons ne constitue pas une méthode nouvelle, en soi, de cure radicale de hernie crurale ; c'est une combinaison de méthodes déjà connues et expérimentées qui nous a paru appelée à donner d'excellents résultats.

Le sujet a déjà été l'objet de nombreuses recherches pour trouver une technique d'extirpation complète du sac péritonéal et d'occlusion exacte de l'orifice pariétal. La multiplicité des procédés est la preuve même de leur insuffisance, tout au moins dans la totalité des cas.

D'une part il est indispensable de pousser l'isolement du sac aussi haut que possible dans l'espace cellulaire environnant, à travers un anneau dont les dimensions, si l'on excepte les cas de hernies volumineuses, sont toujours étroites et les bords rigides. Le canal inguinal bombe au-dessus et accroît la profondeur du champ opératoire. D'autre part l'occlusion

de l'anneau est difficile parce que l'on n'a pas un double plan naturel comme dans le trajet inguinal ; c'est un orifice à bords minces et rigides : en bas, l'os, en dedans une aponévrose, en haut une autre aponévrose rigide et en dehors d'énormes vaisseaux qu'il importe de ne pas blesser.

Nous passerons en revue la plupart des techniques suivies, nous les discuterons, nous terminerons par l'exposé du procédé que nous préconisons, avec quelques observations de cas où il a été employé.

Mais avant de pénétrer plus avant dans notre sujet qu'il nous soit permis de remercier ici tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine

Nous adressons en particulier à M. le Professeur de Clinique chirurgicale Weiss, le témoignage de notre profonde reconnaissance, en le remerciant d'avoir accepté la présidence de notre thèse et en lui disant le plaisir que nous avons toujours eu à suivre ses cours et cliniques à l'Hôpital civil de Nancy.

Nous n'oublierons jamais les cliniques si intéressantes de M. le Professeur d'ophtalmologie Rohmer, cliniques que nous n'avons pu, à notre grand regret, assez fréquenter du fait de la guerre.

Que MM. les Professeurs agrégés Michel et Fairise reçoivent l'assurance de toute notre reconnaissance puisqu'ils ont bien voulu accepter d'être aujourd'hui nos juges.

Que nos amis mobilisés, les Docteurs Moreau, Dautrey Pierre et Jean, Wattrin, A. Rohmer, Guérin, Faivre, Drouet, Cadore, Marchand soient persuadés

que nous garderons toujours profondément inscrit en nous-même le souvenir de la franche camaraderie qui nous unit durant nos années d'études.

A nos camarades du 79^e régiment d'infanterie, du Cv. Ad. et du G. B. D. nous dirons le plaisir que nous avons eu à vivre en leur compagnie pendant la campagne.

CHAPITRE PREMIER

Précisons tout d'abord par quelques considérations anatomo-pathologiques comment se présente une hernie crurale.

Nous visons dans cet exposé la hernie crurale commune, c'est-à-dire celle qui se fait par l'anneau crural et non les hernies exceptionnelles qui ont lieu en dehors des vaisseaux ou au-dessous de l'aponévrose pectinéale.

L'anneau crural lui-même sert de porte de sortie au péritoine, c'est-à-dire entre le bord tranchant du ligament de Gimbernat en dedans, la gaine des vaisseaux fémoraux en dehors, le ligament de Poupart en haut, la crête pectinéale doublée de son périoste et du ligament de Cooper en bas. Le fascia propria, encore appelé en cet endroit septum crural, a été effondré par la poussée du péritoine qui arrivant dans l'espace

compris entre les deux feuillets du fascia lata en dissocie le tissu cellulaire lâche. La hernie progressant toujours refoule la gaine celluleuse des vaisseaux, agrandit l'entonnoir fémorali-vasculaire, effondre le fascia cribri formis et peut ainsi arriver sous la peau. Mais ce travail de progression ne s'accomplit pas sans effort et comme le sac contracte des adhérences avec l'anneau, le péritoine ne subit pas seulement un refoulement au fond du diverticule qui émerge, mais encore en dedans de l'abdomen, au-dessus de l'arcade. Ce processus donne naissance à un diverticule interne : le large infundibulum, inguino-crural qu'il faudra détruire au cours de la cure radicale. C'est là une notion anatomo-pathologique capitale, car la persistance de cet infundibulum est l'amorce certaine d'une récidue. Ajoutons que les tissus préherniaires : fascia-propria, tissu cellulaire sous cutané, sont transformés en amas graisseux, véritables lipômes plus ou moins adhérents au péritoine, où le sac se dissimule obstinément dans les cas de petites hernies. Nous passerons sous silence les autres considérations qui ne sont pas propres à la hernie crurale, telles que les adhérences épiploïques à l'intérieur du sac, ou celles qui n'offrent pas un caractère ayant trait à notre sujet.

Pour terminer, citons les notions de sinus préfémoral et de sinus fémoral interne qui ont fait l'objet de l'attention de M. H. Chaput qui prétend que si l'on examine, l'orifice crural par sa face interne, il existe en avant des vaisseaux, une large ouverture : le sinus

préfémoral et après occlusion de l'anneau lui-même une petite ouverture en dedans de la veine : le sinus fémoral interne qui se confond en quelque sorte avec l'anneau crural sur la hernie non traitée.

CHAPITRE II

Cure radicale de hernie crurale par voie crurale.

1° Procédés sans modification préalable de l'anneau crural.

Il est tout naturel d'aborder la hernie par l'orifice crural, de lier et de réséquer le diverticule séreux après la mise en évidence de l'anneau ; c'est le procédé habituel qui a été pratiqué sous de nombreuses variantes.

Lucas Championnière, dans son ouvrage de « la cure radicale des hernies crurales », insistait déjà sur la complète destruction du sac dont il poussait la dissection aussi haut que possible, à travers l'anneau crural tel qu'il se présentait à lui ; puis il fermait cet anneau en passant un fil de catgut qui accolait le moyen abducteur, l'aponévrose du pectiné et la gaine des vaisseaux avec quelques fibres du fascia cribiforme.

Tout le monde serait d'accord actuellement pour conclure que ce mode d'occlusion de l'anneau n'est pas suffisant.

Bollini pensait que le seul traitement de la hernie était au contraire la fermeture de l'anneau par voie crurale et laissait persister le sac qu'il refoulait à l'intérieur. Cette conduite nous paraîtrait actuellement inadmissible.

Le Professeur Berger incisant la peau verticalement au niveau de l'orifice crural et traitant le sac comme Lucas Championnière fixe le moignon à la paroi, en quelque sorte comme par le procédé de Barcker. Quant à la fermeture de l'anneau crural, il la réalisait de la façon suivante : il passait quelques fils de catgut sous l'aponévrose pectinéale et les faisait traverser l'arcade de haut en bas, puis les nouait dans le but d'abaisser cette dernière au pectiné, ou, si l'on veut, de rapprocher quelques fibres pectinéales de l'arcade. Après l'opération, pour relâcher la suture, il maintenait la cuisse de l'opéré en flexion sur l'abdomen.

Tricomi, après avoir traité le sac, à travers l'anneau fermait ce dernier en bourse, à l'aide de quatre à cinq anses de soie passées successivement à travers l'arcade et il serrait les ligatures.

Le procédé de Richelot est analogue au précédent, et sa description ne mérite pas une mention spéciale.

M. Roux, de Lausanne, traite la hernie crurale par voie crurale ; résèque le sac après l'avoir disséqué par l'anneau, puis écartant les vaisseaux fémoraux en dehors, il prend un clou de tapissier préalablement

nickelé en forme d'U, et après avoir mis ce clou à cheval sur l'arcade en perforant cette dernière par l'une des branches de l'U métallique, il l'enfonce dans la crête pectinéale bien perpendiculairement et profondément en pleine substance osseuse. Si l'orifice est très dilaté, il met deux clous au lieu d'un. Il recommande dans tous les cas, au cours de cette opération, de ne pas marteler l'arcade qui risquerait alors de se nécroser.

Nicoll, Herzen, Hammesfahr perçaient des trous à travers l'arcade pubienne, et à l'aide de fils métalliques passés à travers ces trous, ils abaissaient l'arcade crurale.

Cavazzani faisait passer le fil de suture jusque dans le trou obturateur.

2° Procédés avec modification préalable de l'anneau crural.

Le procédé type dans cet ordre d'idées est celui de Delagénère. A l'occasion d'interventions portant sur des hernies crurales étranglées, il débridait l'anneau en incisant l'arcade de Fallope perpendiculairement à ses fibres au-dessus de la hernie. Il eut ainsi l'occasion de se rendre compte du jour énorme que donne le débridement de l'arcade, et c'est ainsi que systématiquement, pour toute hernie crurale, au moment où il avait mis en évidence le collet du sac, il incisait à petits coups de ciseaux l'arcade de Fallope sur toute son

épaisseur, c'est-à-dire sur dix à quinze millimètres. Il libérait alors les adhérences du collet à l'orifice interne de l'anneau crural et il descendait, en poussant la dissection plus loin, le fameux infundibulum préfémoral dont nous avons parlé précédemment. Il complétait en traitant le moignon par cette pratique recommandée par Barker, de le fixer à la paroi, et pour ce faire, il attachait les catguts de fermeture péritonéale à deux centimètres environ au-dessus de l'échancrure faite à l'arcade. Delagenière se gardait alors de reconstituer cette arcade sectionnée, dont il abaissait beaucoup plus facilement les deux lambeaux qu'il fixait à l'aponévrose du pectiné à l'aide de plusieurs forts catguts. Après cette suture, l'incision verticale de l'arcade se transformait en un espace triangulaire à sommet antéro-supérieur et dont la base répondait à la branche horizontale du pubis. Il estimait que cet espace, au voisinage des tissus vasculaires, était destiné à se combler progressivement de tissu cicatriciel. Il terminait en reconstituant autant que possible le canal crural par un surjet au catgut.

Fabriçius obtenait un résultat analogue en débridant l'arcade, non pas perpendiculairement à ses fibres au-dessus de la hernie, mais en la désinsérant au bistouri à son extrémité interne, c'est-à-dire à l'épine du pubis. Il s'efforçait de ne pas pratiquer toujours une désinsertion tout à fait complète, mais il la poussait aussi loin que possible pour obtenir le maximum d'écartement. A l'aide de cinq à six points de suture allant de l'arcade au périoste de la branche

pubienne, il fermait l'anneau après dissection et extirpation du sac.

MM. Guibé et Proust pratiquent une intervention analogue à celle de Fabriçius, mais au lieu de désinsérer l'arcade à l'épine, ils se contentent de fendre d'un bout à l'autre le ligament de Gimbernat en intéressant aussi peu que possible l'insertion de l'arcade, et ils pratiquent, à la faveur de cette mobilisation de l'arcade, une intervention des plus complète, analogue par le mode d'occlusion au résultat que l'on a obtenu par voie inguinale, méthode que nous étudierons plus loin. Ils ont doublé le plan de fermeture, après dissection haute du sac ; l'arcade plus mobile vers le haut, après section du ligament de Gimbernat, est écartée au maximum de la branche pubienne ; l'infundibulum inguino-crural est facilement réséqué. L'arcade est éversée de façon à mettre en évidence le bord inférieur des muscles transverse et petit oblique qui sont suturés au ligament de Cooper en passant au dehors aussi près que possible de la veine fémorale. Ce premier plan ainsi constitué, MM. Guibé et Proust en réalisent un second par une suture de l'arcade fémorale à l'aponévrose pectinéale très près du ligament de Cooper. Il faut remarquer que cet abaissement est assez facile quand on amène l'arcade en arrière près de la crête.

Jaboulay propose dans cet ordre d'idées pour les hernies volumineuses, après libération et résection du sac, comme dans les procédés habituels, de désinsérer le ligament de Poupart, non pas comme Fabriçius, mais d'extirper au ciseau et au maillet, un morceau

d'épine du pubis qu'il laisse adhérent à l'arcade. Pour la libération de ce fragment osseux, il sectionne toutes les fibres d'insertion du pectiné qui s'y attachent. Il recourbe alors l'arcade sur elle-même, de façon à amener le tampon fibro-osseux ainsi constitué au niveau de l'orifice herniaire. Comme on le voit, ce procédé libère l'arcade, et peut permettre, si on la pratiquait après et non avant comme Jaboulay, une dissection très haute de tout le diverticule péritonéal. Remarquons toutefois que ce procédé pourrait prendre place dans le chapitre suivant, car il peut compter en quelque sorte comme procédé d'obturation par autoplastie.

CHAPITRE III

°Cure radicale de hernie crurale par autoplastie et corps étrangers.

Nous ne ferons qu'une description très sommaire de ces procédés, qui ne font plus, pour ainsi dire, partie de la cure radicale des hernies crurales habituelles, mais qui s'appliquent plutôt à de véritables éventrations.

Ces procédés, en général, laissent à l'arcade son intégrité comme ceux que nous avons étudiés dans le Chapitre I^{er} ; mais ils complètent la fermeture en amenant au niveau de l'anneau, soit des lambeaux de tissus pris dans le voisinage, soit des corps étrangers hétérogènes.

Salzer dissèque un lambeau d'aponévrose pectinéale à base supérieure et suture le bord libre à l'arcade.

Cheyne prélève une languette du muscle pectiné comprenant toute son épaisseur, à base supéro-

externe adhérente à la paroi interne des vaisseaux, et il la fixe à la paroi abdominale et à l'arcade.

Pouillet ouvrant la gaine du premier adducteur en sectionne les fibres musculaires à leur naissance ; à l'aide de ces dernières, du sac herniaire disséqué, du rebord fibreux de l'arcade, il fait une sorte de treillis dont il obture l'anneau. Il maintient cette trame à l'aide de fils métalliques laissés en place huit jours.

Thiriar mettait un véritable bouchon dans l'anneau constitué par une solide plaque d'os décalcifié.

Schwartz appliquait dans certains cas à l'orifice crural un gros tampon de catgut avant de fermer l'anneau, pour obtenir, à la faveur du travail de résorption, un bouchon de tissu cicatriciel de renfort.

Trendelenburg libérait un lambeau ostéo-périostique composé de l'insertion et d'une petite longueur des muscles droits abdominaux, de la partie supérieure du droit interne, du grand adducteur, et enfin d'un morceau d'os, taillé aux dépens de la symphise, qu'il laissait adhérent au dedans par une charnière de périoste ; il rabattait le tout vers l'anneau où il fixait son autoplastie.

Certains auteurs ont même laissé à demeure au niveau de l'anneau des plaques de caoutchouc, conformément aux expériences du Docteur Ducuing.

CHAPITRE IV

Cure radicale de hernie crurale par voie inguinale.

Ruggi, en 1892, a innové cette méthode ; il isole le sac crural, puis il incise au-dessus de l'arcade la paroi antérieure du trajet inguinal. Le cordon spermatique ou le ligament rond divise la paroi postérieure du trajet. Attirant alors avec le doigt le sac dans l'incision inguinale, il le lie, le résèque aussi haut qu'il veut et ferme l'anneau crural en suturant ensemble, l'arcade et le ligament de Cooper. Cela fait, il reconstitue le canal inguinal.

Tuffier a employé ce procédé de nombreuses fois avec succès, mais sans aborder au préalable le sac par voie crurale.

Parlavecchio a apporté à ce procédé deux modifications importantes : 1° pour respecter le plus possible la paroi inguinale, il n'intéresse pas dans le débridement, les orifices inguinaux ; 2° il fixe au ligament de Cooper, non plus l'arcade fémorale seule, mais encore

les muscles transverse et petit oblique, reconstituant ainsi le canal inguinal en arrière.

M. Chaput pratique en quelque sorte par la voie inguinale ce que MM. Guibé et Proust ont fait par la voie crurale. Tout en pratiquant l'exérèse du sac comme Ruggi par l'anneau crural à l'aide d'une première incision verticale, il fait une seconde incision parallèle à l'arcade, il incise la paroi antérieure du canal inguinal, isole et soulève le cordon ou le ligament rond et suture petit oblique et transverse au ligament de Cooper. Il forme ainsi à l'aide de ces deux muscles, ce qu'il appelle « un rideau tendu derrière la crête pectinée ». Mais, contrairement à MM. Guibé et Proust, il délaisse l'arcade crurale excluant ainsi l'anneau de la paroi. Il pousse le raffinement dans l'occlusion de son rideau en fermant le sinus fémoral interne par une petite suture au catgut fin de la gaine de la veine fémorale, au bord inférieur du petit oblique ; puis il ferme le sinus préfémoral en passant un ou deux fils dans les parois antérieures des gaines de la veine et de l'artère qu'il fixe à l'arcade et au petit oblique. Pour terminer, il reconstitue la paroi antérieure du canal inguinal.

CHAPITRE V

Discussion sur la valeur des différents procédés.

Nous ne discuterons pas autrement la valeur des procédés par autoplastie, qui ont été en somme rarement pratiqués et qui devront toujours être réservés au cas où l'anneau est très distendu, où la paroi est très mauvaise, c'est-à-dire quand l'arcade est flasque et mince, et les muscles de l'abdomen peu épais et très friables.

Il est très naturel d'aborder la hernie crurale par voie crurale, et c'est en somme la voie d'accès de choix. On peut par cette voie réaliser et l'excision totale du sac et la fermeture complète de l'anneau ; mais les procédés que nous avons passés en revue dans le Chapitre I^{er}, c'est-à-dire ceux où on ne débride pas l'anneau, ces procédés, dont la méthode de Berger est le type classique, ne permettent pas de solutionner facilement le premier temps de l'opération qui, nous

l'avons vu, est capital : la dissection de l'infundibulum inguino-crural.

Parmi les procédés avec débridement de l'anneau qui permettent très bien cette libre dissection, nous ne pensons pas que ceux qui fendent l'arcade crurale perpendiculairement à ses fibres (Délagénère) ou ceux qui la désinsère complètement à l'une de ses extrémités (Fabrigius) réalisent une solution parfaitement acceptable. L'arcade crurale constitue un arc-boutant fibreux dont le rôle n'est pas négligeable, puisqu'il sert d'insertion au muscle grand oblique et qu'il dévie par glissement vers le petit bassin les pressions viscérales au moment de l'effort. Pour ces raisons, il faut respecter l'arcade et nous nous rallierons à la technique de MM. Guibé et Proust qui se contentent de sectionner le ligament de Gimbernat. On peut, en effet, à l'aide d'un simple écarteur de Farabeuf récliner en haut suffisamment l'arcade pour bien disséquer l'infundibulum crural, lorsque le ligament de Gimbernat ne sous-tend plus cette dernière. Dans ces conditions, ce qui restera difficile, c'est l'abaissement de l'arcade de Fallope, mais nous avons vu qu'il n'est pas impossible toutes les fois que l'on dispose d'un plan résistant pour l'y fixer et d'une suture suffisamment robuste et durable pour l'y maintenir ; jamais l'arcade n'a résisté au clou de M. Rouy, par exemple.

La voie inguinale donne à coup sûr le maximum de jour pour la dissection de l'infundibulum inguino-crural, mais dans ces procédés dont le type est celui de Ruggi et de Tuffier, en ouvrant le canal inguinal, on

dissocie forcément le tissu cellulaire qui unit le cordon ou le ligament rond aux parois du canal, on agrandit l'orifice inguinal interne, et l'on favorise la hernie inguinale.

D'autre part, lorsque le sac crural a constitué des adhérences avec les aponévroses de la cuisse, il devient difficile de le retirer par la voie inguinale ; il faudra donc procéder par les deux voies combinées comme le faisait tout d'abord Ruggi. D'autre part, il semble exagéré comme le pense Chaput de dire que le sinus préfémoral, que l'on ne peut vraiment bien fermer que par voie inguinale, constitue un danger sérieux de récurrence : les hernies ne se produisent pas en avant des vaisseaux. Pour ces raisons, nous considérerons donc la voie inguinale, comme une voie d'exception, réservée à la seule coïncidence d'une hernie inguinale et d'une hernie crurale.

CHAPITRE VI

Description de notre procédé.

Étant donnée la discussion ci-dessus, nous poserons tout d'abord les principes suivants :

Il est préférable d'aborder la hernie par voie crurale.

Il est indispensable de se donner du jour pour bien disséquer l'infundibulum inguino-crural en débridant l'anneau par simple section du ligament de Gimbernat et non par celui de l'arcade.

L'arcade et les muscles petit oblique et transverse doivent entrer dans la reconstitution de la paroi pour créer, comme dans la cure radicale inguinale, un double plan de suture.

Il est illusoire de vouloir abaisser l'arcade en la suturant à des plans musculaires ou aponévrotiques, comme ceux du pectiné ou même du ligament de Cooper, incapables de résister aux tractions puis-

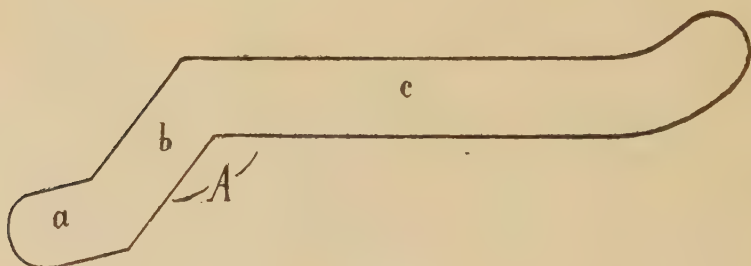
santes que leur transmettra l'arcade. Il est également illusoire de faire cette suture avec des fils résorbables de catgut qui deviennent sans consistance trois ou quatre jours après l'opération.

Enfin, nous ajouterons que l'abaissement de cette arcade au ras des vaisseaux et même avec une légère compression de ceux-ci ne donnent pas de troubles circulatoires du membre inférieur.

Nous réglerons donc, comme il suit, en nous conformant à ces principes, les temps de l'opération. Nous pratiquerons l'incision verticale de la peau en avant de la hernie, ainsi abordée par voie crurale. Nous rechercherons et disséquerons la partie extra-abdominale du sac. Le ligament de Gimbernat sera sectionné tout au long sans désinsertion de l'arcade, prudemment, à petits coups de bistouri et en pinçant l'anastomose possible de l'obturation et de l'épigastrique. Si elle vient à être coupée, la ligature en sera faite immédiatement. Nous libérerons les adhérences du collet du sac à l'orifice crural et retroussant en haut l'arcade, nous attirerons dans la plaie, tout l'infundibulum inguino-crural qui sera resséqué. Le moignon sera fixé à la paroi s'il le juge utile.

C'est alors que commence le temps original du procédé. A l'aide d'un écarteur en baïonnette, comme le représente la figure, que l'on introduit sous le péritoine et dont on glisse, par un mouvement de bascule, les portions a et b derrière le pubis, on récline en haut l'arcade et les muscles petit oblique et transverse. Ceux-ci et le bord inférieur de l'arcade appuient

dans l'angle A dans ce mouvement d'écartement, lorsqu'on tire en haut sur le manche c de l'écarteur. On se munit alors d'un perforateur à manivelle armé d'un foret fin présentant un chas à son extrémité. Piquant alors en deux ou trois points près de la crête pectinéale à travers le pectiné, le foret vient appuyer sa pointe sur l'os. L'opérateur transfixe l'os. Le péri-toine et son contenu se trouvent protégés contre toute échappée, au moment où s'achève la transfixion par la branche montante b de l'écarteur qui joue, en quel-



que sorte le rôle de protecteur. On a soin de percer le trou à la partie la plus extrême, contre le bord interne de la veine fémorale dans sa position de repos, c'est-à-dire avant qu'un écarteur de Farabeuf ne l'ait attirée en dehors. Quand on voit poindre le foret dans le bassin, on passe dans le chas l'extrémité d'un très fort crin de Florence et l'on attire ce chef du fil à travers l'os en retirant le foret.

Pour arriver commodément à ce résultat, il faut avoir soin : 1° De ne pas entrer dans l'os à plus de

8 millimètres en dessous de la crête ; 2° de tenir son perforateur assez obliquement pour que le foret n'aille pas émerger trop profondément dans le bassin. De toute façon, il est pratique pour y voir bien clair de disposer sous l'écarteur protecteur une compresse qui boit le sang s'il y en a et contribue à un meilleur refoulement du péritoine. On a ainsi deux ou trois anses de fil, dont un chef émerge des insertions du muscle pectiné et un autre chef sort du bassin par dessus le ligament de Cooper. On ponctionne alors juste au-dessus des points précédents, soit avec le foret, soit avec une aiguille droite, à travers le périoste de la crête sous le ligament de Cooper et le chef du crin qui passait précédemment au-dessus, chargé sur l'aiguille, passe alors sous le ligament de Cooper. On a ainsi réalisé deux ou trois points en U dont les anses verticales prennent point d'appui sur l'os, l'un des chefs émergeant du muscle pectiné, l'autre émergeant à six ou huit millimètres plus haut sous le ligament. On place sur chaque anse de fil une pince hémostatique destinée à la repérer. On peut même repérer chaque chef séparément en plaçant sur chacun d'eux une pince de forme différente. Ceci permettra plus tard de ne pas chercher quel est le chef supérieur. On retire l'écarteur en baïonnette et la compresse qu'il y avait dessous (pour ne pas l'oublier, il est pratique de placer dessus une anse de catgut fort qui émerge du bassin pendant les temps précédents de l'opération). S'il y a une petite hémorragie, et il s'en produit toujours un peu par suite des perforations de l'os, on éponge soigneuse-

ment derrière la branche pubienne ; on verse une goutte d'alcool lorsque cette hémorragie infime ne cesse pas aussi vite qu'on le désirerait.

Saisissant l'arcade dans deux pinces hémostatiques dont les mors l'étreignent perpendiculairement sur une longueur d'au moins un centimètre, on l'éverse en haut pour mettre en évidence les muscles petit oblique et transverse. On suture au ligament de Cooper le bord inférieur de ces deux muscles avec quelques crins d'une grosseur courante, et on a soin de passer ces fils sous le ligament en les intercalant avec les chefs supérieurs des points précédents. A l'aide d'un petit catgut fin, on peut fermer le sinus fémoral interne en suturant la gaine de la veine fémorale à la partie du petit oblique qui vient à son contact ; on peut également, quoique avec beaucoup plus de difficultés, fermer de la même façon le sinus préfémoral. Reprenant alors le chef supérieur des crins qui émergeait sous le ligament de Cooper, on le fait passer à travers l'arcade que l'on charge suffisamment, mais sans blesser le cordon. On noue le chef inférieur avec ce dernier en commençant par le point le plus interne, c'est-à-dire au niveau du ligament de Gimbernat sectionné ; on termine par le point le plus externe situé contre les vaisseaux.

Si on a choisi un crin très fort et suffisamment long pour être bien en main, on arrive toujours à rétrofléchir l'arcade au contact du bassin, et si le premier nœud tend à se défaire, pendant qu'on noue le second,

l'aide le maintient par une pince hémostatique sans griffes.

On a réalisé ainsi une double fermeture complète et hermétique en constituant le rideau profond des muscles oblique et traverse. L'arcade surmontée de l'aponévrose du grand oblique lui forme un renforcement sérieux et durable.

Nous ferons remarquer que le point d'appui d'abaissement de ces deux plans de fermeture est d'une résistance appropriée et toujours supérieure à celle des éléments qui doivent venir à leur contact. Aux muscles s'oppose une aponévrose, au ligament fibreux qu'est l'arcade, s'oppose le plan osseux.

On remarquera que le canal inguinal qui a subi un abaissement dans sa partie externe donne moins de prise à l'invagination du péritoine pour y former une hernie inguinale. Ce canal tend, en effet, à devenir horizontal. Le trajet inguinal a été bien reconstitué ; il l'est, non pas par suture du petit oblique à l'arcade pour ce qui est des plans profonds, mais par juxtaposition de ces deux éléments au niveau de la crête pectinéale. La paroi antérieure du canal inguinal n'a pas été intéressée.

Il est évident que pour la bonne réussite du procédé, il faut veiller à une bonne asepsie, éviter l'hématome. Pour cela, attendre, avant de fermer, que l'os ne saigne plus, ce qui ne tarde jamais longtemps ; pincer toutes les artères et laisser toujours un petit crin ou deux de drainage avant de fermer la peau,

que l'on retirera au bout de quarante-huit heures. En procédant ainsi, on n'a aucun échec, même dans certains cas de hernie étranglée, où le liquide du sac, toujours plus ou moins septique, s'est répandu dans la plaie.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I

Alexandre A..., 60 ans, présente une hernie crurale dont il est porteur depuis quinze ans ; cette hernie présente la grosseur d'une noix, sa réduction totale est incomplète. Le malade qui a essayé de porter un bandage n'a pas pu le conserver. Le 20 février 1916, cure radicale. On trouve la hernie qui est de petit volume, au milieu d'un lipôme. Elle est traitée par notre procédé ; dans ce cas la partie externe du sac qui est petite, est surmontée d'un infundibulum inguino-crural considérable, et au niveau du collet, on trouve à l'intérieur du sac, une bride épiploïque très adhérente.

Le malade est revu le 6 mars 1917, il dit avoir ressenti quelques picotements (dûs aux crins probablement coupés trop longs) pendant quinze jours après son opération. Pas de récurrence.

OBSERVATION II

Lucie G..., 38 ans, porte une hernie crurale droite qui s'est révélée à elle à l'occasion d'un effort pour soulever un fardeau. Cure radicale le 28 février 1915. Le sac est très petit et très friable, mais après débridement du ligament de Gimbernat, la dissection en est aisée, on le résèque très haut, en l'incisant au-dessus du collet ; on fixe le moignon à la paroi aussi haut que possible. L'abaissement de l'arcade a été particulièrement facile. Bien que l'os ait saigné plus que de coutume, il n'y a pas eu d'hématome et la malade a repris son travail ; elle a soulevé des charges et il n'y avait pas de récurrence six mois après.

OBSERVATION III

Amélie J..., 40 ans, porte une hernie crurale droite à peine perceptible qu'elle prétend très douloureuse. Opérée le 1^{er} avril 1916 par le procédé du double plan. Dans ce cas particulier, la perforation de l'os a été un peu plus difficile, car la symphise était d'une épaisseur anormale et pour pouvoir passer les fils de crin dans le foret du perforateur, on a dû présenter l'extrémité du fil à l'aide d'une pince qui la portait dans le chas. L'arcade très résistante a été plus laborieusement abaissée. Cette femme a voulu se lever le quatrième jour après son opération, elle n'a pas été revue, mais d'autres malades qui la connaissent ont rapporté à la date du 5 août qu'elle avait repris son travail six jours après avoir été opérée, et elle aurait déclaré que sa hernie n'était jamais revenue.

OBSERVATION IV

Le soldat M..., 33 ans, est porteur d'une hernie crurale depuis six ans ; elle est assez volumineuse, non réductible, douloureuse. Cet homme est obèse et présente une hernie épigastrique concomitante. Chez cet homme, l'arcade est mince et les muscles oblique et transverse sont grêles. L'intervention a été un peu plus compliquée par suite d'une hémorragie qui s'est produite au moment du débridement sur le ligament de Gimbernat. D'autre part, il y avait une masse épiploïque volumineuse avec des adhérences multiples au péritoine ; cet épiploon a été réséqué. Quand le malade a quitté l'hôpital, le vingtième jour, la paroi semblait tenir parfaitement. Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION V

Raymond D..., 68 ans, entre à l'hôpital le 3 juillet 1916. Ce vieillard qui est prostatique et n'urine qu'en se sondant depuis longtemps, est porteur d'une hernie crurale gauche étranglée depuis cinq jours. Il a des vomissements poracés, le pouls est filant et rapide. Son médecin a essayé de lui réduire sa hernie par le taxis.

Il est opéré d'urgence, quatre heures après son entrée. L'intestin est noir, congestionné ; on enfouit sous la séreuse quelques points qui paraissent devoir se sphacéler ; on rentre l'intestin et l'on ferme hermétiquement l'anneau par l'abaissement de l'oblique sur le ligament de Cooper et celui de l'arcade sur l'os.

Une légère suppuration s'est produite ; l'état général cependant s'améliore et trois jours après l'opération, le cours des matières intestinales est rétabli.

Le vingt-cinquième jour, le malade meurt d'une pneumonie intercurrente avec infection urineuse concomitante. La suture a été examinée à l'autopsie ; aucun point n'avait lâché et il n'y avait pas de suppuration en dehors des bords de la plaie qui avaient été souillés par de l'urine.

OBSERVATION VI

Adolphe U..., jardinier, 52 ans, a une hernie crurale depuis l'âge de 30 ans. Opéré le 4 juillet 1916 par notre procédé, il reste dix-huit jours à l'hôpital, puis il reprend son travail. Il a été revu trois mois après, il prétendait que la suture le piquait ; mais à la date du 6 mai 1917, il a été revu de nouveau, ces picotements avaient complètement disparu et il n'y avait pas de récurrence.

OBSERVATION VII

Joseph B..., 45 ans, cultivateur, est opéré d'urgence d'une hernie crurale étranglée six heures après le début de l'étranglement. La cure radicale de cette hernie s'est passée sans incidents, le 20 novembre 1916. Etant donné que le malade avait une bronchite concomitante et qu'il supportait difficilement l'anesthésie, l'abaissement du muscle petit oblique sur le ligament de Cooper n'a été fait

que par deux points de suture aux crins, et l'abaissement de l'arcade par un seul point traversant l'os au ras de la veine fémorale qui a été légèrement comprimée. Pas d'œdème consécutif du membre, et le malade qui a été revu le 20 mai 1917, n'avait ni récurrence, ni douleur, ni troubles circulatoires.

CONCLUSIONS

La voie crurale est le procédé de choix pour la cure radicale de la hernie crurale.

La méthode que nous préconisons n'altère pas le canal inguinal, dont elle couche le plan profond contre la crête pectinéale. Elle est la synthèse du procédé du rideau et du procédé d'abaissement forcé de l'arcade. Ces deux barrières juxtaposées par le jeu de sutures résistantes, non résorbables et à points d'appui soigneusement appropriés, contribuent certainement à donner une double sécurité contre la récurrence.

VU :

Nancy, le 2 juillet 1917.

Le Président de la Thèse,
WEISS.

VU :

Nancy, le 3 juillet 1917.

Le Doyen,
E. MEYER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 7 juillet 1917.

Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- CHAPÛT (H.). — (*Presse Médicale*, 2 juillet 1904).
- CHAMPIONNIÈRE (Lucas). — Cure radicale des hernies (Thèse de Paris, 1887).
- BOTTINI. — Société de Chirurgie italienne, 8^e session, (octobre 1891).
- BERGER. — Traité de Chirurgie, tome IV.
- TRICOMI. — (*Revue de Chirurgie*, octobre 1892).
- RICHELOT. — Société de Chirurgie, 1892.
- ROUX (M.). — Sur un procédé de cure radicale de hernie crurale (XVII^e Congrès de Chirurgie, 1904).
- NICOLL. — The radical cure of femoral hernia (*Brit. Méd. J.*, 1902, II, 154).
- MONOD (Ch.) et VANVERTS (J.). — Traité de technique opératoire, tome II, p. 311.
- DELAGÉNIÈRE. — (Demisleau Th., Paris, mai 1871).
- FABRICIUS. — (*Revue de Chirurgie*, 1894).
- GUIBÉ et PROUST. — Cure radicale de hernie crurale (*Presse Médicale*, 5 mars 1904).
- SALZER. — (*Central eur. Chirur.*, n^o 53. 1892. p. 665)
- CHEYNE. — (*The Lanet-London*, 1892).

- POULLET. — (IX^e Congrès de Chirurgie, 1895).
THIRIAR. — (Assoc. franç. de Chirurgie, 1893).
SCHWARTZ. — Sur un procédé myoplastique (Congrès de
Chirurgie, avril 1893. — Société de Chirurgie, 1892).
TRENDELENBURG. — (*Hackenbuck-Beith. Z. Klin*, 1894).
RUGGI. — (*Reforma Medica*, 1892, t. 1. p. 824).
TUFFIER. — (Th. de Bresset, Paris, 1895).
DUCUING. — Rapport de M. Pierre Delbet (Société de Chir.,
Paris, 28 mars 1916).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER.....	8
CHAPITRE II. — Cure radicale de hernie crurale par voie crurale..	11
CHAPITRE III. — Cure radicale de hernie crurale par autoplastie et corps étrangers.....	17
CHAPITRE IV. — Cure radicale de hernie crurale par voie inguinale	19
CHAPITRE V. — Discussion sur la valeur de ces différents procédés	21
CHAPITRE VI. — Description de notre procédé.....	24
CHAPITRE VII. — Observations.....	31
CONCLUSIONS.	36
BIBLIOGRAPHIE.	37

